

[www.nauka.zinet.info](http://www.nauka.zinet.info)

4

Південноукраїнський гуманітарний альянс  
Громадське об'єднання "Соціальна дія"

## **ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ УКРАЇНСЬКОЇ НАУКИ**

Збірник статей  
учасників двадцятої  
Всеукраїнської науково-практичної конференції  
**"ІННОВАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ  
УКРАЇНСЬКОЇ НАУКИ - ХХІ СТОРІЧЧЯ**

**Том 1**  
**Науки гуманітарного циклу**



**Запоріжжя**  
**2013**



Сергатиюк Ю.В. МОДА ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПОЗИЦІЇ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ ...	48
Спіріна І.Д., Леонов С.Ф., Феденко С.С., Шустерман Т.Й., Коваленко Т.Ю. РОЛЬ ТРИВОЖНОЇ СИМПТОМАТИКИ У СТРУКТУРІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ .....	49
Тетеріна О.О., Педченко О.В. ЕКЗИСТЕНЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ ЯК СУЧАСНИЙ НАПРЯМОК У ПСИХОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ .....	53
<b>Секція «Філологічні науки»:</b>	
Баракатова Н.А. ЗАПОЗИЧЕНІ ПАРЕМІЇ В ІСТОРИЧНІЙ ПРОЗІ Б.ЛЕПКОГО .....	54
Гащенко І.О. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕМАНТИЧНОЇ СТРУКТУРИ ЗВУКОНАСЛІДУВАЛЬНОЇ ЛЕКСИКИ .....	55
Ковалева Е.К. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ ЖАНРА ИСПОВЕДИ СОВРЕМЕННЫМ ЛИТЕРАТУРОВЕДЕНИЕМ .....	57
Колеснікова І.А. СУЧАСНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ ДИСКУРС: ДЕЯКІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ .....	58
Кугай К.Б. EQUIVALENCE AND CONTEMPORARY EQUIVALENCE THEORIES .....	59
Наливайко А.Р. НЕВЕРБАЛЬНІ ЗАСОБИ МОВЛЕННЄВИХ АКТИВ ЗГОДИ/НЕЗГОДИ В КОНТЕКСТІ МІЖКУЛЬТУРНОЇ КОМУНІКАЦІЇ .....	61
<b>Секція «Педагогічні науки»:</b>	
Балаєва К.С. ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНИЙ ПРОЦЕС ДНЗ, ЯК НЕОБХІДНА УМОВА МОДЕРНІЗАЦІЇ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ .....	63
Богославець Л.П., Житеньова Л.В. ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІН ГУМАНІТАРНОГО ЦИКЛУ У ВИЩІЙ ШКОЛІ .....	64
Бугера Н.С. СПРИТНІСТЬ ЯК ГОЛОВНА ОЗНАКА ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕННОСТІ КУРСАНТІВ .....	66
Внукова О.М. НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНОЇ СПРЯМОВАНOSTІ МАЙБУТНІХ ІНЖЕНЕРІВ-ПЕДАГОГІВ .....	68
Ворончук А.В. РОЗВИТОК МЕТОДІВ НАВЧАННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ .....	69
Гусакова С.О. РОЗВИТОК НАВИЧОК САМООБОРОНИ У КУРСАНТІВ ЖІНОЧОЇ СТАТІ В ВНЗ СИСТЕМИ МВС УКРАЇНИ .....	70
Жовтан Л.В. ПЕДАГОГІЧНА ЕТИКА ЯК РЕГУЛЯТОР ДІАЛОГІЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ВИКЛАДАЧА Й СТУДЕНТІВ .....	72
Кривенко І.П. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОБОРУ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ ПРИ ФОРМУВАННІ КОМПЕТЕНТНОСТІ З ОПРАЦЮВАННЯ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДАНИХ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ .....	73
Лисенко М.Ю. ЗАГАЛЬНА СТРУКТУРА СИСТЕМИ ОСВІТИ В США .....	76
Матяж С.В. СОЦІАЛЬНА МОБІЛЬНІСТЬ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В ПРОЦЕСІ ВХОДЖЕННЯ УКРАЇНИ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ .....	77
Смешнова А.В. ВИВЧЕННЯ ЕЛЕМЕНТІВ СИНТАКСИСУ В ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ (НА МАТЕРІАЛІ ТВОРІВ Т.Г.ШЕВЧЕНКА) .....	78
Хоменко О.В. ВІРТУАЛЬНА ЕКОНОМІКА ЯК ОДИН ІЗ ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ ІНШОМОВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ ЕКОНОМІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ .....	80
Шепенюк І.М. РОЗВИТОК САМООСВІТНІХ НАВИЧОК ТА ВМІНЬ УЧНІВ В ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ БІОЛОГІЇ .....	84



Окрім того, до запропонованого переліку функцій можна додати ще й ту, що мода в сучасному суспільстві значним чином впливає на формування інформаційної позиції та інших інформаційних процесів. Адже в сфері інформації дедалі частіше прослідковується вплив моди, тобто канали чи джерела інформації сприймаються молоддю крізь призму їх популярності та модності, а не релевантності чи автентичності.

Джерела існування моди містяться в її естетико-регулятивних можливостях. Мода певною мірою виражає та втілює тип поведінки, стиль життя особистості, тобто стиль відношення людини до самої себе та інших. Тобто в цьому контексті мода істотно впливає на формування та зміну інформаційної позиції як системи ставлень людини до інформації, що її оточує. У цьому виявляється найбільш важливий, первинний, основний соціально-психологічний аспект моди, на якому тримаються її інші характеристики [1, с. 290].

Якщо об'єкт стає модним, зазначає російський соціолог А.Б. Гофман, то він перестає нести на собі виключно функціональне (утилітарне) навантаження, а перетворюється в деякий символ (ціннісне відношення), за яким стоїть певна соціальна група. Однак будь-яка соціальна група має свою певну систему цінностей, соціальні установки на речі, предмети чи явища дійсності. Отже, об'єктом наслідування стають не самі по собі модні предмети, а певний образ дій, манери поведінки, стиль ставлення тощо. Сьогодні речі чи предмети через призму "модності-немодності" впливають на сферу людських відносин. У результаті зовнішня норма модної поведінки інтеріоризується індивідом, стає його внутрішньою потребою і, тим самим, перетворюється на цінність [3, с. 134]. Тому дедалі частіше, молодь починає цікавити в найбільшій мірі та інформація, яка цікавить ту соціальну групу чи коло осіб, з якими вона перебуває в тісній взаємодії. Це, в свою чергу, допомагає сучасній людині зорієнтуватися у величезних інформаційних масивах, що її оточують, оскільки в сучасному інформаційному суспільстві часто виникають проблеми із сприйняттям та обробкою інформації у зв'язку із її надмірністю.

Отже, можна зробити висновок, що хоч мода створюється і функціонує в певних соціально-політичних умовах і під впливом суспільних настроїв і думок, вона сама виступає як соціальний регулятор, формуючи деякі соціальні почуття і породжує ідеї у сфері суспільної свідомості, виховуючи людину в дусі того або іншого способу життя, вона викликає зростання суспільних потреб і інтересів. Таким чином вона впливає і на формування інформаційної позиції сучасної молоді, оскільки молодь, як жодна інша соціальна група, схильна піддаватися модним тенденціям, що стосується вибору джерел інформації, виду інформації, способу її обробки тощо. Розуміння цього факту дає змогу впливати на інформаційні смаки сучасного суспільства за допомогою моди, формувати якісне та чітке ставлення до інформації і, як результат, налагодити ефективну інформаційну політику.

#### **Список використаних джерел та літератури**

1. Ананьев, Б.Г. Избранные труды по психологии [Текст] / Б.Г. Ананьев. – СПб. : Издательство Санкт-Петербургского университета, 2007. – 412 с. – ISBN 978-5-288-04394-9.
2. Блумер, Г. Коллективное поведение [Текст] / Пер. Д. Водотынского // Американская социологическая мысль : Тексты / Сост. Е.И. Кравченко; под В.И. Добренкова. – М. : Изд-во МГУ, 1994. – 289 с. – ISBN 5-211-03099-0.
3. Гофман, А.Б. Мода і люди: нова теорія моди і модного поведінки [Текст] / А.Б. Гофман. – 2-е вид. – М. : Вид-во "ГНОМ і Д", 2000. – 345 с.
4. Грицай, Е.В. Мода в контексте глобалізації [Текст] / Е.В. Грицай // Актуальні проблеми духовності : зб. наук. пр. – Вып. 4. – Кривий Ріг : І.В.І., 2002. – С. 235-240.
5. Кузнецова, Т.В. Феномен моды: эстетика и диалектика [Текст] / Т.В. Кузнецова // Философские науки. – 1991. – №6 – С. 167.
6. Маркин, В.Н. Жизненная позиция личности как психолого-акмеологическая категория и феномен социального самоутверждения [Текст] / В.Н. Маркин // Мир психологии. – 2005. – № 4. – С. 45-50.
7. Мацкайлова, О.А. Особенности становления субъектной позиции в старшем школьном возрасте [Текст] / О.А. Мацкайлова // Педагогические проблемы становления субъектности школьника, студента, педагога в системе непрерывного образования. – Волгоград : Изд-во ВГИПКО, 2003. – Вып. 12. – С. 51-54.
8. Сидоренко, В.И. История стилей в искусстве и costume [Текст] / В.И. Сидоренко. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2004. – 480 с.
9. Шубин, Г.Г. Мода и эстетическая культура [Текст] / Г.Г. Шубин. – М. : Знание, 1987. – 64 с.

#### **РОЛЬ ТРИВОЖНОЇ СИМПТОМАТИКИ У СТРУКТУРІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ**

**Спіріна І.Д., Леонов С.Ф., Феденко Є.С.,  
Шустерман Т.Й., Коваленко Т.Ю.**

*Україна, м. Дніпропетровськ,  
Державний заклад «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»*

*Было проведено экспериментально-психологическое обследование 83 стационарных больных коксартрозом. Определен уровень тревожности с использованием личностной шкалы проявлений тревоги Дж. Тейлор и цветовой тест Люшера. Полученные данные свидетельствуют о наличии тревожных тенденций у 61,9%*



больших коксартрозов. Полученные данные необходимо учитывать врачам-травматологам при лечении и реабилитации этих больных. Также необходимо привлечение других специалистов, в частности медико-психологического профиля, участия которых должно быть направлено на то, чтобы помочь пациенту с коксартрозом адекватно воспринимать своё заболевание, приспособиться к изменённому физическому и социальному статусу, повысить в новых условиях, ограниченных болезнью.

Коксартроз (КА) – хроничне прогресуюче захворювання тазостегенового суглоба різної етіології і найбільш важка форма остеоартрозу. Серйозною медико-соціальною проблемою є велика розповсюдженість хвороби у осіб праездатного віку, значна інвалідизація хворих та втрата професійних і соціальних навичок [1]. Доведено, що при будь-якому захворюванні необхідно враховувати не тільки соматичний фактор, який є провідним в терапевтичній практиці, а й психологічний [2].

У літературі наводиться багато даних, що свідчать про те, що якість життя хворого, що переніс тяжке захворювання, операцію чи травму, назвичайно залежить від ступеня його психологічної реадптації, від того, як він адаптувався і до самого факту захворювання, до його медичних, мікросоціальних та соціальних наслідків [4]. Відомо, що однією з форм психологічної адаптації організму в умовах гострого і хронічного стресу є тривога. Проте, тривалий, інтенсивний, неадекватний ситуації стан тривоги перешкоджає формуванню адаптивної поведінки.

Метою дослідження було провести оцінку рівня тривожності як психологічного феномену особистості у хворих на КА.

#### Матеріали та методи дослідження

Обстежено 83 хворих на коксартроз (КА) у віці від 23 до 68 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні ендолітотезування Обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова м. Дніпропетровська. Серед обстежених було 30 (36,2±4,7%) чоловіків і 53 (63,8±4,7%) жінок, середній вік ( $M \pm m$ ) – (53,3±0,9) років. Всі пацієнти хворіли на КА, підтверджені відповідними медичними документами.

Для оцінки рівня тривожності використовувалась особистісна шкала проявів тривоги Дж. Тейлор в адаптації Немчина Т.А. і 8-колірний тест Люшера.

#### Результати та їх обговорення

Шкала проявів тривоги Тейлор оцінює рівень особистісної тривожності, яка розглядається як відносно стабільна риса особистості, що виявляється в постійній схильності до переживання тривоги в самих різних життєвих ситуаціях, тобто схильності сприймати стресові ситуації як небезпечні або загрозові, реагувати на них станом тривоги. Ліщина з високим рівнем особистісної тривожності постійно знаходиться в напруженому і пригніченому настрої, що може свідчити про наявність невротичного конфлікту та викидає емоції і невротичні зриви, а також психосоматичні захворювання.

Як показали результати дослідження (табл. 1.1), більшість хворих на КА (53 пацієнта – 63,8%) до операції мали середній рівень особистісної тривоги з тенденцією до низького рівня (в середньому – (10,10±0,57) балів). Відночас, у групі пацієнтів з виявленими граничними психічними розладами, вираженість тривоги була в 2,2 рази вище ( $p < 0,001$ ). Рівень тривоги кожного пацієнта цієї групи (37,1%) за шкалою Тейлор становив від 15 до 24 балів (середньо-високий рівень), у 3 хворих – понад 25 балів (високий рівень). Прояви тривоги у них виявлялися вnutрішньою напругою, роздратованістю, занепокоєнням з незначних приводів, фобічними переживаннями з нечіткою чи мінімальною фобулою.

Таблиця 1.1

Частота і ступінь вираженості особистісної тривоги за шкалою Тейлор у пацієнтів з коксартрозом (абс., %)

Рівень тривоги	В цілому (n=83)	Основна (n=58)	Контрольна (n=25)	Групи	
				p	
Низький (0-4 бали)	7 (8,6%)	2 (2,9%)	5 (20,0%)	0,006	
Середній з тенденцією до низького (5-14 балів)	53 (63,8%)	32 (55,7%)	20 (80,0%)	0,018	
Середній з тенденцією до високого (15-24 бали)	21 (24,8%)	21 (37,1%)	–	<0,001	
Високий (25-40 балів)	2 (2,9%)	3 (4,3%)	–	0,549	
Середнє значення ( $M \pm m$ )	10,10±0,57	12,36±0,72	5,60±0,20	<0,001*	

Примітка. \* – за критерієм Стьюдента для незалежних груп, в інших випадках – за двостороннім точним критерієм Фішера.



Найбільші рівні особистісної тривоги відзначались у пацієнтів з домінуючим тривожно-фобічним синдромом ( $18,19 \pm 0,69$  балів;  $p < 0,001$ ; порівняно з іншими підгрупами), що цілком закономірно і свідчить про високу діагностичну точність шкали Тейлор для виявлення цих відхилень.

Іншою методикою, що використовувалась нами для оцінки рівня тривоги і компенсаторних механізмів психоемоційного реагування на ситуацію, був 8-колірний тест Люшера. Виконання тесту передбачало послідовний вибір прийомного кольору із 8-кольорових карток. Для виключення ситуаційної напруженості тест проводився двічі, причому перший вибір вважався бажаним, а другий – реальним. З урахуванням цього, для характеристики психофізіологічного стану хворих на КА, основний аналіз проводився за даними другого вибору. Інтерпретація тесту базується на аналізі порядку розташування основних кольорів (синій, зелений, червоний, жовтий), що асоціюються з ведучими психофізіологічними потребами і мають розташовуватися на перших позиціях рядку вибору. Додаткові кольори (коричневий, чорний, сірий) при нормальному стані людини мають бути обраними останніми. Порушення цього порядку свідчить про наявність тривоги, напруження і компенсаторних тенденцій.

При порівняльному аналізі колірної розподілу у пацієнтів основної і контрольної груп встановлено, що на перші дві позиції (I-II) рядку вибору, хворі з ГПР достовірно рідше обирали синій (відповідно 24,3 % проти 45,7 % в контрольній групі;  $p < 0,05$ ) і червоний колір (27,1 % проти 48,6 %;  $p < 0,05$ ), віддаючи перевагу коричневому, чорному і сірому кольору – 21,4 %; 11,4 % і 17,1 % відповідно, проти жодного випадку серед пацієнтів без психопатологічних порушень ( $p < 0,05$ ) (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Частота вибору певного кольору пацієнтами з коксартрозом відносно I-II і VII-VIII позицій рядка (абс., %)

Колір	I-II позиція кольору у рядку			VII-VIII позиція кольору у рядку		
	Групи			Групи		
	основна (n=70)	контрольна (n=35)	p	основна (n=70)	контрольна (n=35)	p
1–синій	17 (24,3%)	16 (45,7%)	0,044	14 (20,0%)	–	0,008
2–зелений	30 (42,9%)	17 (48,6%)	0,678	5 (7,1%)	1 (2,9%)	0,661
3–червоний	19 (27,1%)	17 (48,6%)	0,049	13 (18,6%)	–	0,004
4–жовтий	11 (15,7%)	11 (31,4%)	0,077	21 (30,0%)	3 (8,6%)	0,014
5–фіолетовий	27 (38,6%)	9 (25,7%)	0,275	8 (11,4%)	5 (14,3%)	0,756
6–коричневий	15 (21,4%)	–	0,002	22 (31,4%)	23 (65,7%)	0,002
7–чорний	8 (11,4%)	–	0,050	38 (54,3%)	22 (62,9%)	0,531
0–сірий	12 (17,1%)	–	0,008	18 (25,7%)	16 (45,7%)	0,048

Примітка. p - за двостороннім точним критерієм Фішера

Такі ж закономірності встановлено при аналізі колірної розподілу на останніх двох позиціях (VII-VIII) рядку: пацієнти основної групи достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше ставили на ці позиції основні кольори (синій – 20,0 %; червоний – 18,6 %; жовтий – 30,0 %) і рідше – додаткові (коричневий – 31,4 % проти 65,7 %; сірий – 25,7 % проти 45,7 %). Ці результати вказують на тенденції до зниження у пацієнтів з ГПР загального фону настрою, зростання емоційної напруженості, фрустрації фізіологічних і особистісних потреб. Зокрема, переважання коричневого, чорного і сірого кольорів на I-II позиціях свідчить про домінування у цих пацієнтів негативної оцінки свого стану, відчуття незадоволеності, хвилювання, стомленості, втрати надії на позитивні зрушення, намагання піти від проблем. Аналогічно, розташування основних кольорів на VII-VIII позиціях говорить про підвищення тривоги, емоційного напруження, незадоволеності, невіри у свої сили, безпорадність.



В цілому, наявність тривоти за тестом Люшера виявлено у 65 (61,9%) хворих на КА, в тому числі у 56 (80,0%) пацієнтів з ГТР і 9 (25,7%) пацієнтів без психічних порушень ( $p < 0,001$ ). Психологічний конфлікт або стан фізіологічного неадаптованості, що є джерелом тривоти, обумовлює поведінку компенсаторного типу. Проте, компенсаторні тенденції, виявлені у 42 (40,0%) хворих на КА, були неадекватними, про що свідчать розташування долаткових кольорів на перших позиціях рядку. Слід зазначити, що у пацієнтів контрольної групи вираженість тривоти і компенсації була досить низькою, що свідчить про наявність у них невражених проблем ситуаційного характеру і адекватну адаптацію. При наявності ГТР середня вираженість психологічної дезадаптації була суттєво вищою –  $(3,63 \pm 0,37)$  балів, ( $p < 0,001$ ), а активність нижчою – показник працездатності порівнював  $(15,7 \pm 0,43)$  проти  $(18,6 \pm 0,38)$  балів в контрольній групі ( $p < 0,001$ ). Про залежність результатів тесту Люшера від ситуації свідчать дані порівняльного аналізу показників при першому і другому його виконанні. Встановлено, що у хворих з граничними психічними розладами реальні оцінки рівня тривоти і психологічної дезадаптації були достовірною ( $p < 0,05$ ) вище, ніж «бажани». Коливання оцінок мало місце у 45 (64,3%) цієї групи. У пацієнтів контрольної групи розбіжність оцінок мало місце лише в третині випадків (13 осіб або 37,1%;  $p < 0,05$ ) і носила зворотний характер – показники першого вибору були дещо вище оцінок при другому виборі ( $p > 0,10$ ), що ще раз наголошує наявність у них проблем ситуаційного характеру.

#### Висновки

Таким чином, результати, отримані за тестом Люшера, свідчать про наявність тривожних тенденцій з частотою 61,9% хворих на КА. При цьому інтегральний показник психологічної дезадаптації найбільш високий у пацієнтів з психопатологічними розладами, що вказує на наявність у них вираженого нервово-психічного напруження, особистої дисгармонії і відсутності оптимальних форм психологічного захисту. Спостереження пацієнтів з кокартрозом доцільно проводити спільно лікарем-травматологом і медичним психологом з метою вчасного проведення фармакологічної та психотерапевтичної корекції психоемоційного стану даного контингенту хворих. Зусилля спеціалістів, зокрема медико-психологічного профілю, мають бути напруженими на те, щоб допомогти хворому на кокартроз адекватно сприймати своє захворювання, прилаштуватися до зміненого фізичного і соціального положення, повірити у можливість жити у нових умовах, обмежених хворобою.

#### Джерела інформації:

1. Коваленко, В.Н. Освеапрот. Практичне керівництво / В.Н. Коваленко, О.П. Борткевич. – К.: Морш, 2003. – 448с.
2. Напеев, А.К. Психосоматичні розлади: підходи к фармакотерапії / А.К. Напеев // Міжнародний медичний журнал. – 2002. – Т.8, №4. – с.40-45.
3. Александровский, Ю.А. Психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496с.
4. Николаева, Л.Ф. Основы медико-социальной реабилитации / Л.Ф. Николаева // Медицинская реабилитация / Под ред. В.М. Боголюбова. – Пермь: Звезда, 1998. – Т.1. – с.6-34.
5. Положий, В.С. Стрессы социальных изменений и расстройства здоровья / В.С. Положий // Обзорные медицинские психологии и психиатрии им. В.М. Бехтерева. – 1996. – №1-2. – с.136-143.
6. Современное состояние методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами нервничного звена здравоохранения) / Под ред. В.Н. Краснова. – М.: ИД МЕДИПРАКТИКА, 2008. – 136 с.
7. Губер, Е.В. Применение неинвазивных критериев статистики в медико-биологических исследованиях / Е.В. Губер, А.А. Генкин. – Л.: Медицина. – 1973. – 142с.
8. Позосова, Г.В. Современный подход к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общепсихиатрической практике: методическое пособие для врачей / Г.В. Позосова // Терапевт. – 2007. – №5. – с. 61-76.
9. Подкорытов, В.С. Депрессия: Современная терапия. [руководство для врачей] / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка. – Харьков: Изд-во «Торнадо», 2003. – 350 с.
10. Редов, В.А. К вопросу о связи хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля / В.А. Редов, И.И. Благинина, О.А. Редова // Боль, системы, психофизиология. – 2011. – Т.2, №2. – с.83-87.